PD: A
N: Vorname, Name
A: Alter * Geburtsdatum
G: Gewicht
G: Körpergröße

Beschwerden: B
W: was? (1)
W: wann? (2)
W: wo? (3)
W: wie? (4)
B: beschreiben (5)
D: Dauer (6)
1-10: Intensität (7)
Z: im Laufe der Zeit (8)
A: Ausstrahlung / Wanderung (9)
A: Auslöser (10)
L: Linderung (11)

B-Sym.: C
F: Fieber: (hoch, seit wann)
Sch.: Schüttelfrost
Sch.: Schweiß (nacht, kalt)
Ü: Übelkeit, Brechreiz
E: Erbrechen (Emesis): seit wann, wie oft, Aussiehen?
Stuhl (D/V): Durchfall(Diarrhoe) / Verstopfung: seit wann, wie oft? Aussiehen?
Wasserlassen: beschwereden? Aussiehen?
Sch.: Schwindelgefühl
K.Sch.: Kopfschmerzen
H: Husten

VA: D
G +/- :Gewichtsveränderung
Appetit:
Sch.: ein-/ durchschlafen

Frau: E
Menstruation:
Schwanger:
Pille:

Allerg.: F
wogegen?
Symptome?
Arzneimittel:

Nox.: G
wie viel, seit?
N: Nikotinabusus
A: Alkohol
D: Drugenabusus

VE: H
Name + seit wann?

Vor OP's: I
Name + Wann?

Med.: J
Name+ mg + Dosis (0-0-0) + Warum?

FA: K
V: Vater
M: Mutter
G: Geschwister
leben die Eltern noch?

SA: L
A: Arbeit
V: (un)verheiratet
K: Kinder
W: Wohnen

Procedere: M
- stationäre Aufnahme .
- körperliche Untersuchung :
- Bauchultraschal .
- Blutabnahme .
- EKG / EEG etc.

- Rö. /CT/ MRT / Endoskopie / etc.

V.a.: N
-

DD:
-
-
-

T:
-